L'essentiel à retenir des recommandations de bonnes pratiques en pédiatrie volume 2

Paru dans le volume 1

☐ Allergies alimentaires
☐ Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires hautes
☐ Antibiothérapie locale dans les infections cutanées bactériennes
☐ Antibiothérapie locale en ORL
☐ Collyres et autres topiques antibiotiques dans les infections oculaires superficielles
☐ Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires
☐ Asthme : suivi médical
☐ Prise en charge de la dermatite atopique
☐ Autisme : dépistage et diagnostic
☐ Préparation et conservation des biberons au domicile
☐ Calendrier vaccinal 2007
☐ Fluor et prévention de la carie dentaire
☐ Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche
☐ Conduite à tenir devant un cas de gale
☐ Eradication d'Helicobacter pylori
☐ Gastroentérites : utilisation des solutés de réhydratation orale

Sommaire

4 Acné : traitement par voie locale et générale chez l'enfant et l'adolescent
X. Balguerie

6 Antidépresseurs : leur bon usage au cours de la dépression chez l'enfant et l'adolescent
V. Rousseau, P. Gérardin

8 Asthme et allergie
G. Dutau

12 Céphalées et migraines récurrentes
E. Fournier-Charrière

16 Douleur aiguë en ambulatoire
E. Fournier-Charrière

21 Fièvre : prise en charge
F. Corrard

27 Infections respiratoires basses
R. Cohen

29 Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives
R. Cohen

32 Obésité : prise en charge
O. Mouterde

35 Déformations congénitales isolées du pied
J. Lechevallier, S. Aubuamara

40 Purpura thrombopénique immunologique ou idiopathique aigu
C. Normand

44 Suspicion clinique de purpura fulminans

45 Urticaire chronique
G. Dutau

Direction scientifique : **Guy Dutau, Christian Copin, Robert Cohen, Olivier Mouterde.**
Le contenu rédactionnel de cette publication est indépendant de Sanofi Pasteur MSD. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de la revue *Médecine et enfance* et des auteurs.
Médecine et enfance est répertoriée dans la banque de données CNRS/PASCAL de l'INIST et dans le CISMEF du CHU de Rouen (www.cismef.org).

Acné : traitement par voie locale et générale chez l'enfant et l'adolescent

X. Balguerie, clinique dermatologique, hôpital Charles-Nicolle, Rouen
« Traitement de l'acné par voie locale et générale », AFSSAPS, novembre 2007
http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/rbp/acne-argu.pdf

L'acné touche 70 % des adolescents et son retentissement sur la qualité de vie est important. Elle peut par ailleurs laisser des cicatrices définitives.

DÉFINITION ET SYMPTÔMES

Maladie du follicule pilosébacé, l'acné peut concerner le visage, le cou, le dos et le thorax. Elle se traduit par :
☐ une hypersécrétion sébacée androgénodépendante ;
☐ des lésions rétentionnelles par obstruction du canal folliculaire ;
☐ une inflammation due à Propionibacterium acnes et aux acides gras du sébum.
Une acné associée à une hyperandrogénie anormale doit faire rechercher une pathologie endocrinologique sous-jacente.
Les lésions sont de deux types :
☐ rétentionnelles : comédon ouvert (point noir) ou fermé (microkyste ayant l'aspect d'une élevure blanchâtre lors de la tension de la peau) ;
☐ inflammatoires : papules, pustules, nodules (plus profonds et volumineux, pouvant évoluer vers l'abcédation et la rupture).
L'acné nodulaire et les formes sévères relèvent d'un prise en charge spécialisée. L'acné doit être distinguée des folliculites aux cosmétiques ou médicamenteuses. D'autres lésions peuvent être présentes : macules postlésionnelles, cicatrices déprimées ou hypertrophiques.

TRAITEMENT

Conseils d'hygiène

Ils sont importants dans tous les cas :
☐ toilette une ou deux fois par jour avec des gels ou des pains dermatologiques

sans savon, suivie de l'application d'une crème hydratante adaptée à la peau acnéique ;
☐ sont déconseillés : la manipulation des lésions, l'exposition au soleil sans photoprotection (risque de pigmentation des lésions et risque phototoxique de certains traitements anti-acnéiques), les produits antiseptiques ou alcoolisés, dont les parfums.
Il est possible d'utiliser un maquillage ou des produits de camouflage adaptés à la peau acnéique.

Traitement d'attaque des formes localisées

La durée du traitement est de trois mois au minimum :
☐ acné rétentionnelle : rétinoïdes topiques (adapalène 0,1 % ou, selon la tolérance, trétinoïne 0,025 % ou 0,05 %), une application par jour. Après quelques semaines, l'extraction des microkystes par un médecin entraîné peut accélérer l'effet des médicaments et diminuer le risque de récidive ;
☐ acné inflammatoire : peroxyde de benzoyle à 5 %, une fois par jour. En cas d'intolérance, adapalène ou association rétinoïde-antibiotique local (érythromycine à 4 % ou clindamycine à 1 %) ;
☐ acné mixte : il est possible d'alterner les applications locales d'isotrétinoïne et de peroxyde de benzoyle, un jour l'un, le lendemain l'autre.

Traitement d'attaque des formes étendues ou d'évolution prolongée

Le traitement doit être soigneusement suivi pendant trois mois au minimum :
☐ antibiothérapie per os : doxycycline (100 mg/j) ou lymécycline (300 mg/j) en cure de trois mois (au-delà de huit ans). En cas de contre-indication aux cyclines : érythromycine (1 g/j) associée à des traitements locaux, en excluant une antibiothérapie locale ;
☐ isotrétinoïne en cas d'échec des traitements précédents (au-delà de douze ans) : à une posologie habituelle de 0,5 mg/kg/j, mais pouvant être débutée à plus faibles doses dans les formes à forte composante rétentionnelle. Si nécessaire, cette posologie peut être augmentée progressivement, selon la tolérance clinique et biologique, jusqu'à une dose cumulée de 100 à 150 mg/kg. Risques, précautions et contre-indications sont à prendre en compte scrupuleusement. Ce traitement relève d'une prise en charge spécialisée ;
☐ gluconate de zinc : il peut être prescrit dans l'acné inflammatoire minime à modérée en attente d'un traitement majeur (période estivale) ou en cas d'échec des autres médicaments ou d'intolérance.

Traitement d'entretien

Il repose sur l'adapalène 0,1 %, éventuellement associé au gluconate de zinc. En cas de contraception orale, choisir une hormonothérapie non androgénique. ☐

Antidépresseurs : leur bon usage au cours de la dépression chez l'enfant et l'adolescent

V. Rousseau, P. Gérardin, unité de pédopsychiatrie, hôpital Charles-Nicolle, Rouen
« Mise au point : le bon usage des antidépresseurs au cours de la dépression chez l'enfant et l'adolescent », AFSSAPS, 2006, mise à jour février 2008
http://afssaps.sante.fr/pdf/1/fiche-presse-atd-enfants.pdf

La dépression concerne 0,5 % des enfants et 3 % des adolescents.
Chez l'enfant et l'adolescent, une évaluation clinique complète est nécessaire, afin de poser le diagnostic de dépression selon les classifications internationales, d'évaluer son intensité et le risque suicidaire, qui est important chez l'adolescent.
Le mode d'expression peut varier par rapport à celui retrouvé chez l'adulte : agitation, irritabilité, opposition, retrait, chute des résultats scolaires, plaintes somatiques ou troubles des conduites avec passages à l'acte sont retrouvés fréquemment.

QUAND UTILISER LES ANTIDÉPRESSEURS ?

Les médicaments antidépresseurs sont déconseillés dans le traitement de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. Il existe cependant des situations où le recours à ces médications peut être justifié :
☐ chez l'enfant de plus de huit ans et l'adolescent en cas d'absence d'amélioration avec un traitement psychothérapeutique utilisé en première intention ;
☐ chez l'adolescent en première intention dans certains épisodes dépressifs caractérisés (classifications DSM-IV ou CIM-10) et d'intensité sévère (nombre, intensité et retentissement des symptômes dépressifs), sauf s'ils sont transitoires.
Seule la fluoxétine dispose d'une AMM européenne dans le traitement médicamenteux de la dépression de l'enfant et de l'adolescent. Les antidépresseurs tricycliques n'ont pas un rapport bénéfice/risque suffisant. Les autres antidé-

presseurs de la famille de la fluoxétine n'ont pas d'AMM dans le traitement de la dépression de l'enfant et l'adolescent.
Le traitement avant ou pendant la puberté est initié par un pédopsychiatre ou un psychiatre (après la puberté, la prescription peut émaner du médecin traitant). Dans tous les cas, un suivi psychothérapeutique individuel est mis en place et une information est faite aux parents afin qu'ils soient sensibilisés aux risques d'apparition d'un comportement hostile ou suicidaire.
Le traitement antidépresseur n'est pas indiqué en situation d'urgence, laquelle doit entraîner une prise en charge immédiate, éventuellement hospitalière.

CONDUITE DU TRAITEMENT

Le traitement est débuté à la dose la plus faible (10 mg/j) pour atteindre progressivement la dose minimale efficace (20 mg/j au plus).
Sa durée est de six à douze mois et son arrêt, uniquement sur prescription médicale, doit être progressif, sur plusieurs semaines ou mois, pour prévenir une rechute et un syndrome de sevrage.
Un syndrome de sevrage peut survenir dans les jours suivant l'arrêt du traitement ; il est transitoire mais peut nécessiter un retour à la posologie précédente avant une décroissance plus progressive.

SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

La prescription de fluoxétine avant ou pendant la puberté nécessite une surveillance de la courbe staturopondérale et du stade de développement pubertaire, des cas de retard de croissance et de maturation sexuelle ayant été décrits. En cas de doute, pour un traitement de plus de trois mois, une consultation par un pédiatre endocrinologue et un bilan endocrinien sont recommandés.
En cas d'anomalie, le rapport entre bénéfice et risque de la poursuite du traitement doit être réévalué.
Il est important d'informer le patient et sa famille sur la dépression et le traitement en respectant la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades mineurs. Cela, associé à une réévaluation médicale régulière, permettra de détecter précocement les comportements suicidaires (surtout en début de traitement), l'aggravation des symptômes, les signes de sevrage et de rechute. □

Asthme et allergie

G. Dutau, Toulouse

Recommandations de la Société de pneumologie de langue française sur Asthme et allergie, 2007
http://www.splf.org/s/thotlib_result_alpha.php3?ITEM=A

Il est capital de rechercher une allergie chez un enfant asthmatique, et cela d'autant plus qu'il est plus âgé.

La SPLF recommande de réaliser une enquête allergologique chez tout enfant âgé de plus de trois ans. Toutefois, les allergies étant de plus en plus fréquentes et précoces, il faut les rechercher quel que soit l'âge, avant trois ans, même si les infections virales sont très souvent responsables des sifflements chez l'enfant d'âge préscolaire.

INTERROGATOIRE

Les éléments qui permettent de soupçonner une allergie IgE-dépendante sont des antécédents personnels et familiaux d'atopie, des symptômes respiratoires persistants et/ou récidivants et/ou sévères nécessitant des traitements répétés ou ininterrompus, des symptômes autres que respiratoires évoquant une allergie, par exemple une allergie alimentaire (AA).

L'interrogatoire est l'élément fondamental de l'exploration allergologique, car il évalue le risque allergique et guide la réalisation des tests cutanés en apportant des renseignements sur les expositions allergéniques.

TESTS ALLERGOLOGIQUES

Il n'existe pas de limite d'âge inférieure pour demander des prick-tests, mais il est certain que plus l'enfant avance en âge, plus le risque allergique augmente.

Le type et le nombre des allergènes à tes-

ter chez l'enfant dépend des habitudes de chaque allergologue, mais aussi de la région où habite le patient, des données de l'interrogatoire (nature des allergènes au domicile) et de l'âge de l'enfant, qui confère des particularités étiologiques :

☐ chez l'enfant de moins de trois ans, la batterie d'allergènes à tester comporte les acariens, les animaux (chat, chien), les pollens de graminées et certains allergènes alimentaires (lait de vache, œuf de poule, arachide, soja, poisson, noisette) qui sont (en principe) plus souvent en cause dans cette tranche d'âge ;

☐ après l'âge de trois ans, la batterie à tester est un peu différente : on enlève (en principe) les aliments (1) et on teste la plupart des pneumallergènes usuels : acariens, animaux (chat, chien), pollens (arbres, graminées, herbacées comme ambroisie et armoise), moisissures les plus fréquentes (Aspergillus, Alternaria, Cladosporium) ;

☐ les autres allergènes sont testés en fonction de l'interrogatoire (rechercher la présence d'autres animaux de compagnie au domicile) (2) et des particularités botaniques régionales (3).

Attention : la positivité d'un prick-test traduit presque toujours une « sensibilisation biologique » et non une « allergie alimentaire vraie ». La seule positivité d'un prick-test n'implique jamais une éviction alimentaire.

Les prick-tests sont, avec l'interrogatoire, au centre de l'exploration allergologique. Néanmoins, ils ne sont pas interprétables si la peau ne réagit pas aux témoins positifs (histamine et/ou codéine), le plus souvent en raison d'un traitement antérieur par les antihistaminiques H1, qu'il faudra avoir arrêté une semaine avant la séance des tests cutanés. Le dermographisme interdit également toute interprétation des prick-tests. De plus, les tests cutanés ne sont pas réalisables (ou difficilement) au cours de l'eczéma étendu sévère, difficilement en peau encore saine…

Dans toutes ces situations, la réalisation d'un test multi-allergénique de dépistage (comme le Phadiatop® et les examens analogues) ou, mieux, quelques dosages d'IgE sont licites et même nécessaires.

En pratique, rappelons qu'un test cutané est positif lorsque le diamètre de la papule (induration) est au moins égal à 3 mm.

La recherche d'une hyperéosinophilie sanguine ou d'une élévation des IgE sériques totales est inutile car ces anomalies sont inconstantes.

ASTHME, ALLERGIE ET ANAPHYLAXIE

L'étude des rapports entre l'asthme et l'allergie est importante à considérer dans le cadre de l'anaphylaxie. Même si

cette notion paraît bien connue, il faut répéter que l'asthme est un facteur de risque d'AA grave et même mortelle. **Plus de 70 % des patients, surtout des adultes jeunes, des adolescents et des enfants de moins de dix ans, décédés d'AA étaient porteurs d'un asthme ignoré ou mal contrôlé par le traitement de fond.**

Les autres facteurs de risque sont l'effort physique et la prise de médicaments, par exemple aspirine, AINS.

Le choc anaphylactique est plus sévère chez un asthmatique.

Chez un asthmatique allergique atteint d'AA, il faut donc prendre systématiquement un ensemble de mesures préventives : éviction de l'allergène, mise à disposition d'une trousse d'urgence, port d'une carte d'allergique, éducation de l'enfant et de sa famille (savoir se servir du stylo auto-injecteur, lire les étiquettes, connaître les situations à risque).

ASTHME ET COMORBIDITÉS

La recherche des comorbidités de l'asthme avec la sphère ORL (rhinites) et la peau (dermatite atopique) est devenue importante. Plusieurs arguments plaident en faveur d'une théorie uniciste de l'allergie respiratoire inscrite dans la formule « rhinobronchite allergique » (4).

Tout enfant asthmatique doit bénéficier d'un interrogatoire et d'un examen ORL clinique effectué par son médecin traitant, car la présence d'une rhinite allergique associée rend le contrôle de l'asthme plus difficile. Inversement, bien traiter la rhinite améliore le pronostic de l'asthme sur le long terme.

La détection de la rhinite allergique repose avant tout sur des données cliniques simples : éternuements, obstruction nasale, rhinorrhée antérieure ou postérieure, rhinoscopie antérieure.

La SPLF recommande de ne pas pratiquer une TDM des sinus en première intention ou pour le dépistage de la rhinite chez l'asthmatique allergique. En pratique pédiatrique, l'indication de la TDM est du ressort de l'ORL, s'il est consulté.

Il est inutile de demander des radiographies des sinus maxillaires (pneumatisation à partir de trois ans) et des sinus frontaux (pneumatisation à partir de dix ou onze ans), car ces clichés sont extrêmement difficiles à interpréter.

Au cours d'un asthme allergique de l'enfant, il faut également rechercher une dermatite atopique.

ÉVICTIONS ALLERGÉNIQUES

Il est important de bien réaliser les évictions allergéniques qui sont possibles.

Les acariens restent le prototype de l'allergène à supprimer, car les mesures d'éviction sont bien codifiées. Plusieurs études

ont montré que l'éviction des acariens était efficace en prévention tertiaire (pour éviter les symptômes chez l'asthmatique allergique aux acariens) (5). L'éviction des allergènes doit être la plus globale possible chez l'enfant atteint d'asthme allergique, en particulier en réduisant la charge allergénique dans la chambre. Celle-ci doit être évaluée par des mesures indirectes (Acarex-test®) comme le dosage de la guanine (produite par les fèces des acariens) dans la poussière (matelas, moquettes, etc.). La concentration de guanine est corrélée avec le nombre d'acariens. Les résultats sont exprimés en quatre classes : 0, +, ++ et +++. Les résultats ++ et +++ sont significatifs et motivent des mesures d'éviction.
Les autres évictions sont quasiment impossibles (pollens) ou difficiles (se séparer d'un animal favori ou au moins le maintenir hors de la maison).

IMMUNOTHÉRAPIE SPÉCIFIQUE

La place de l'immunothérapie spécifique (ITS) dans le traitement de l'asthme allergique est reconnue. Il est recommandé de ne pas réaliser une ITS avec plus de deux allergènes appartenant à des familles différentes.

Les recommandations de la SPLF indiquent que l'ITS injectable par voie sous-cutanée (ITS-SC) vis-à-vis des acariens et des pollens est efficace sur les symptômes d'asthme. De plus, son efficacité persiste plusieurs années après son arrêt, elle réduit la fréquence d'acquisition de nouvelles sensibilisations à d'autres pneumallergènes et elle diminue le risque ultérieur d'asthme chez les patients atteints de rhinite isolée. Par contre, les ITS multiallergéniques n'ont jamais donné de bons résultats. En pratique, les allergènes vis-à-vis desquels l'ITS est efficace et sûre sont les acariens et les pollens (graminées, bouleau, ambroisie).
L'ITS-SC doit se conformer à des règles de bonne pratique ; en particulier, il ne faut la proposer que chez les asthmatiques contrôlés ayant une fonction respiratoire proche de la normale (VEMS > 70 % de la théorique). □

(1) Il est curieux que la SPLF ne conseille pas de tester l'arachide après l'âge de trois ans, alors que le risque d'allergie à l'arachide est plus important chez l'enfant plus âgé !
(2) La liste des animaux de compagnie est loin de se limiter au chat et au chien. Il faut penser au lapin, au cobaye, au hamster et aux « NACs » (nouveaux animaux de compagnie), comme le furet, la gerbille, la gerboise, etc.
(3) Bouleau (au nord-est), cyprès et olivier (sud-est), pariétaire (pourtour méditerranéen).
(4) Simons F.E.R. : « Allergic rhinobronchitis : the asthma-allergic rhinitis link », *J. Allergy Clin. Immunol.*, 1999 ; *104* : 534-40.
(5) L'éviction des acariens n'a pas fait ses preuves en prévention primaire (éviter les sensibilisations chez le nourrisson) et secondaire (éviter les symptômes chez l'enfant sensibilisé).

Céphalées et migraines récurrentes

E. Fournier-Charrière, unité douleur, CHU, Le Kremlin-Bicêtre

« Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques », ANAES, octobre 2002
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272212

DIAGNOSTIC

5 à 10 % des enfants de moins de dix ans et environ 15 % des adolescents ont des céphalées à répétition, le plus souvent des migraines.

Le diagnostic de migraine repose sur le trépied clinique suivant :

☐ une évolution par crises récurrentes, séparées par des intervalles libres de toute douleur ;

☐ des caractéristiques sémiologiques propres ;

☐ un examen clinique normal entre les crises.

Il est recommandé d'utiliser les critères de diagnostic établis par l'IHS (International Headache Society) (tableau) (1, 2).

Chez le jeune enfant, la migraine dure moins de deux heures dans presque la moitié des cas. Les troubles digestifs, la pâleur ou les cernes sont souvent impressionnants.

La céphalée de tension est plus diffuse, non pulsatile, non aggravée par l'effort, moins intense, sans nausées ni vomissements, classiquement sans phono- ni photophobie (mais un des deux symptômes peut être présent), souvent très récidivante et chronique. Cependant, migraines et céphalées de tension sont très souvent associées (fond continu céphalalgique entre les crises de vraie migraine).

PLACE DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

☐ Pas d'indication de la neuro-imagerie si les critères diagnostiques sont pré-

Critères de diagnostic selon l'IHS

Migraine sans aura de l'enfant (anciennement appelée migraine « commune ») :
☐ au moins 5 crises de céphalée ;
☐ durant de 1 à 72 heures ;
☐ avec au moins deux caractéristiques parmi les quatre suivantes :
– localisation habituellement bilatérale, frontale, ou unilatérale fronto-temporale,
– pulsatile,
– intensité modérée ou sévère,
– aggravation par l'activité physique (escaliers) ;
☐ avec, durant la céphalée, au moins une des deux caractéristiques suivantes :
– nausée ou vomissement,
– photophobie ou phonophobie (qui doivent, chez le jeune enfant, être déduites du comportement).
☐ examen clinique normal entre les crises : symptômes non attribués à une autre cause (l'histoire ou l'examen ne suggère pas d'autre cause ou celle-ci a été éliminée par les examens appropriés)

Migraine avec aura (anciennement appelée « accompagnée » ou « ophtalmique ») :
☐ au moins 2 crises de céphalée ayant les caractéristiques de la migraine ;
☐ avec au moins trois des caractéristiques suivantes :
– attaque de trouble neurologique focal réversible : visuel ou sensitif ou du langage,
– se développant en 5 à 20 minutes (successivement si plusieurs),
– durant moins de 60 minutes,
– céphalée se développant pendant ou dans les 60 minutes après l'aura ;
☐ examen clinique normal entre les crises : symptômes non attribués à une autre cause (l'histoire ou l'examen ne suggère pas d'autre cause ou celle-ci a été éliminée par les examens appropriés).

sents : cela suppose que l'enfant puisse bien décrire ses crises, l'imagerie a donc des indications « élargies » avant six ans.
☐ Indication de la neuro-imagerie si les céphalées se modifient, s'il existe une anomalie à l'examen clinique.
☐ Pas d'indication de l'EEG, ni des radiographies de sinus, ni de l'examen ophtalmologique ou orthoptique si les critères diagnostiques sont présents.

Commentaires de la rédaction

Devant une céphalée récurrente, le diagnostic repose sur une anamnèse et une description des accès très détaillée, ainsi que sur un examen clinique général (avec PA, poids, taille, peau, recherche d'une tension musculaire des muscles de la tête, du cou, des épaules) et un examen neurologique (avec auscultation crânienne et des vaisseaux du cou).

Ce n'est souvent qu'après plusieurs années (en moyenne) d'évolution au cours desquelles la famille a signalé des céphalées bénignes et alors que les crises deviennent plus sévères ou plus fréquentes qu'une consultation spécifique est demandée.
Dans 80 à 90 % des cas, il existe un parent atteint de migraine.
Dans la plupart des cas il n'y a pas de contexte psychologique particulier, mais soucis, stress et anxiété aggravent la migraine en déclenchant les crises.
Les diagnostics différentiels sont facilement éliminés cliniquement : HTA, maladie de système, processus intracrânien, trouble de la réfraction et de la convergence, rhinosinusite chronique ne résistent pas à un interrogatoire et à un examen clinique bien conduits !
Les migraines avec aura sont fréquentes, à noter qu'il existe aussi des auras auditives. Chez l'enfant, l'aura se développe souvent pendant la crise et non avant.

Céphalées de tension et migraines intriquées peuvent aboutir à une céphalée chronique quotidienne (CCQ) (plus de quinze jours de céphalée par mois). Les céphalées chroniques quotidiennes ont fait l'objet de recommandations de l'ANAES (3). La transformation en CCQ est souvent liée à un contexte psychologique (anxiété, épisode dépressif, insomnie) ou à une période de fatigue ou de stress. Un abus médicamenteux (consommation d'antalgiques banals ou opioïdes, de dihydroergotamine ou de triptans plus de dix à quinze jours par mois) est souvent identifié, comme chez l'adulte. Dans ce cas, un sevrage médicamenteux, généralement en milieu hospitalier, avec un traitement antidépresseur et une prise en charge psychologique sont indispensables.

TRAITEMENT

Traitement de la crise

☐ En première intention, un AINS : en priorité l'ibuprofène, sinon le diclofénac (si plus de 16 kg), le naproxène (si plus de six ans), l'aspirine (± métoclopramide) ou le paracétamol.
☐ En deuxième intention, un triptan : en France, le sumatriptan spray nasal est le seul à avoir une AMM qui ne le réserve pas à l'adulte ; il peut être prescrit chez l'adolescent de plus de douze ans ou de plus de 35 kg.
☐ Le traitement de crise doit être pris le plus précocement possible, par voie orale de préférence, par voie rectale en cas de nausées et de vomissements.
☐ Les opioïdes (codéine) doivent être évités.

Traitement de fond

☐ Il est recommandé si les crises sont fréquentes et intenses, entraînant un

handicap familial, un absentéisme scolaire et s'il y a plus de six prises de traitement de crise par mois.

☐ Un agenda des crises doit être tenu.

☐ Les traitements non médicamenteux sont recommandés en priorité : relaxation, rétrocontrôle (biofeedback), thérapies cognitives et comportementales, hypnose.

☐ Les traitements de fond médicamenteux ont peu fait leur preuve en pédiatrie. Tous les traitements utilisés chez l'adulte peuvent être proposés ; les plus documentés sont l'amitriptyline, la flunarizine et le propranolol, plus récemment la gabapentine et le topiramate. Leurs effets indésirables sont souvent mal acceptés. Ils sont prescrits seulement en cas d'échec du traitement de fond non médicamenteux.

Commentaires de la rédaction

Il est important d'identifier et de gérer au mieux les facteurs déclenchants des crises (chaleur, lumière, sport, stress et contrariétés…).

Les traitements médicamenteux de fond ont peu d'indications et sont peu efficaces.

Il faut savoir que l'évolution est souvent favorable : la prise en charge produit une amélioration nette en trois à six mois dans la plupart des cas. A long terme (dix ans ou plus), les études longitudinales retrouvent un tiers des patients sans migraine, beaucoup de garçons guérissant à l'adolescence ; dans les autres cas, il existe souvent des périodes de rémission de plusieurs années et une évolution de la migraine vers la céphalée de tension ou inversement. ☐

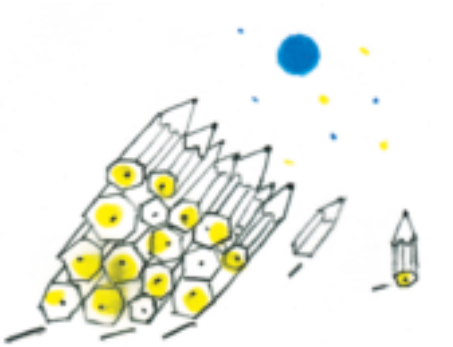
(1) Le tableau donne les critères de 2003, qui sont mieux adaptés à l'enfant que ceux, plus anciens, figurant dans les recommandations ANAES de 2002.

(2) S'il manque un critère, c'est une migraine « probable » selon l'IHS, à traiter comme une migraine.

(3) « Céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) : Diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge », ANAES, septembre 2004.

Douleur aiguë en ambulatoire

E. Fournier-Charrière, unité douleur, CHU, Le Kremlin-Bicêtre
« Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de un mois à quinze ans », ANAES, mars 2000
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272030



Il est démontré que, dès sa naissance, l'enfant est susceptible de ressentir la douleur. Il existe des obligations éthiques et légales à soulager cette douleur. De plus, la douleur peut avoir des conséquences néfastes sur l'enfant, tandis qu'il n'y a pas d'arguments permettant de penser qu'elle puisse lui être profitable.
La douleur est mieux prise en charge quand elle est évaluée initialement et quand le traitement est régulièrement réévalué.

DIAGNOSTIC

L'identification d'un état douloureux pose peu de problème chez l'enfant à partir de deux ans, qui peut communiquer verbalement, mais présente des difficultés chez l'enfant plus jeune, pour lequel il faut recourir à l'analyse du comportement (réponses comportementales déclenchées par la douleur).
La réponse comportementale à la douleur aiguë est biphasique :

☐ d'abord une détresse non spécifique (agitation, hypermotricité des membres, crispation du torse, cris et pleurs) avec un signe spécifique, la grimace (crispation avec sourcils froncés, yeux fermés fortement, bouche « carrée », accentuation du sillon nasogénien), et des signes de stress biologiques et physiologiques ;
☐ ensuite une apparition progressive de postures antalgiques, de raideurs et d'une réduction des activités de base (bouger, jouer, dormir, parler, manger) ; l'enfant devient immobile et a-réactif (atonie ou inertie psychomotrice).

L'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur est généralement nécessaire pour :
☐ établir ou confirmer l'existence d'une douleur ;
☐ apprécier son intensité ;
☐ déterminer les moyens antalgiques nécessaires ;
☐ évaluer l'efficacité du traitement institué ;
☐ adapter ce traitement.

Si l'enfant peut s'évaluer :
☐ l'EVA (échelle visuelle analogique) est

considérée comme l'outil d'autoévaluation de référence chez l'enfant de plus de six ans. Un score de 3 impose une intervention thérapeutique ;
☐ entre quatre et six ans, l'EVA est à utiliser conjointement à un autre outil d'autoévaluation, échelle de visages (FPS-R) ou échelle de jetons (poker chips tool) ;
☐ si les scores obtenus par les deux outils sont divergents, ils doivent être considérés comme non valides (l'enfant n'a pas compris l'outil).
Lors du suivi, l'évaluation doit être réalisée toujours avec le même outil.

Si l'enfant ne peut pas s'évaluer, parce qu'il est trop jeune (moins de quatre à six ans) ou parce qu'il est momentanément ou définitivement démuni de moyens de communication suffisants :
☐ l'utilisation par l'observateur soignant ou parent d'une liste de comportements validée (« échelle de douleur »), permettant de distinguer entre douleur et autres causes de mal-être et de coter l'intensité, est recommandée ;
☐ pour l'évaluation de la douleur postopératoire sont recommandées les échelles Amiel-Tison de un mois à trois ans, OPS (objective pain scale) à partir de deux mois et Cheops (children's hospital of Eastern Ontario pain scale) de un à six ans ;
☐ pour l'évaluation des autres douleurs aiguës à leur début, la NFCS (neonatal facial coding system) abrégée peut être utilisée jusqu'à dix-huit mois et l'échelle Cheops de un à six ans ;
☐ pour l'évaluation d'une douleur aiguë évoluant depuis plusieurs heures, l'échelle DEGR® (douleur enfant Gustave Roussy) peut être utilisée de deux à six ans ;
☐ il est également possible d'utiliser une appréciation globale : « perturbation des activités de base de l'enfant : bouger, jouer, dormir, parler, manger » ;
☐ l'EVA attribuée par un soignant expérimenté ou un parent constitue une alternative à l'emploi des échelles comportementales.

Commentaires de la rédaction

La démarche d'évaluation permet vraiment de mieux choisir l'antalgique. L'autoévaluation avec l'échelle de visages FPS-R est facile et appréciée. En 2007, l'échelle Evendol, très facile d'emploi, a été validée pour l'enfant de moins de sept ans consultant aux urgences. Toutes ces échelles sont téléchargeables avec leur mode d'emploi sur le site *pediadol.org*.

TRAITEMENT

Le traitement antalgique doit être proposé en même temps que le traitement étiologique de toute pathologie douloureuse. Le médecin doit disposer d'antalgiques majeurs dans sa trousse d'urgence.

La prescription des antalgiques doit se faire selon l'intensité de la douleur.
L'objectif immédiat du traitement est de ramener, si possible, l'intensité de la douleur en dessous du seuil de 3/10 sur l'échelle EVA et/ou de permettre un retour aux activités de base de l'enfant : bouger, jouer, dormir, parler, manger.
Le deuxième objectif est d'adapter rapidement le traitement en fonction du niveau de douleur résiduelle : réévaluation après une ou deux prises d'antalgique et intensification du traitement, à prévoir dès l'ordonnance initiale, si l'EVA reste au-dessus de 3/10.
Consignes à donner aux parents : prises systématiques pour la durée prévisible de la douleur, modalités d'évaluation, modalités d'intensification, recherche d'effets indésirables.
La douleur prévisible lors de certains soins ou actes médicaux doit être prévenue.
La prise en charge de la douleur peut comporter, en plus des antalgiques, des moyens non pharmacologiques : distraction, relaxation, hypnose. La distraction est souvent une aide efficace pour faire diminuer la détresse et/ou la douleur.
La présence des parents doit être possible lors de la réalisation des gestes douloureux et dans toutes les situations où l'enfant est susceptible de ressentir des douleurs, à chaque fois que l'enfant et sa famille le souhaitent.

La prescription des antalgiques doit se faire selon l'intensité de douleur

EVA de 0 à 1 Simple inconfort	Pas de traitement
EVA de 1 à 3 Douleur légère	Traitement selon la demande de l'enfant Palier 1
EVA de 3 à 5 Douleur modérée	Traitement systématique par palier 1 Si insuffisant, palier 2
EVA de 5 à 7 Douleur intense	Traitement systématique par palier 1 et 2 associés Si insuffisant, palier 3
EVA de 7 à 10 Douleur très intense	Traitement systématique par palier 1 et 3 associés (selon le diagnostic)

Une information, adaptée à son niveau cognitif, doit être donnée à l'enfant. L'information est un droit de l'enfant et une obligation du professionnel de santé.

Commentaires de la rédaction

Ces recommandations ont été validées en 2000, soit par des publications scientifiques, soit par l'accord professionnel d'experts. Depuis sont apparus :
☐ des restrictions d'emploi des AINS (à éviter par précaution en cas d'infection cutanée, en particulier varicelle) ;
☐ des conseils de prudence pour la codéi-

Situations douloureuses postopératoires, traumatologiques et de maladies courantes en ambulatoire

Situations	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention si échec (1)
☐ Amygdalectomie	Palier 2 avec palier 1 pendant 72 h	Palier 3
☐ Adénoïdectomie	Palier 1 pendant 24 heures	Nouvelle consultation
☐ Circoncision	Palier 2 avec palier 1 pendant 72 h et lidocaïne locale	Palier 3
☐ Orchidopexie	Palier 1 pendant 72 h	Palier 2 avec palier 1
☐ Hernie inguinale	Palier 1 pendant 72 h	Palier 2 avec palier 1
☐ Chirurgie de strabisme	Palier 1 pendant 24-48 h	Palier 2 avec palier 1
☐ Extraction de dents de lait	Pas d'antalgiques	Palier 1
☐ Extraction de dents définitivesou de sagesse et/ou germectomie	Palier 1 pendant 48 h	Palier 2 avec palier 1
☐ Fracture non déplacée	Immobilisation ± palier 2	Palier 3 si douleurs persistantes
☐ Fracture déplacée	Palier 3 avant et après immobilisation	Augmentation des doses
☐ Réduction de fracture	Anesthésie générale	
☐ Brûlure superficielle et localisée	Palier 2 (dès l'arrivée du médecin)	Morphine orale retard et inter-doses
☐ Brûlure profonde ou étendue	Morphine orale dès l'arrivée du médecin Titration de morphine ou fentanyl IV par le SMUR ou le SAMU	Morphine IV ou orale Après stabilisation de la douleur, morphine retard ± inter-doses ± AINS
☐ Pansements de brûlure	MEOPA ± dose de charge de morphine ± anxiolytique	Sédation profonde ou anesthésie générale
☐ Otite	paracétamol ± AINS ± anesthésique local	+ codéine
☐ Dysphagie angine	paracétamol ± AINS	+ codéine
☐ Gingivostomatite herpétique (douleur majeure)	paracétamol + codéine + lidocaïne gel (2 mg/kg toutes les 3 h)	Morphine orale

Situations douloureuses de soins courantes en ambulatoire

Situations	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention si échec (1)
☐ Ponction veineuse	Emla® systématique pour les enfants de moins de 11 ans et au-delà de cet âge pour ceux qui le demandent	MEOPA (2) en association à l'Emla® pour les enfants difficiles à piquer ou ceux ayant une phobie du geste
☐ Vaccins, injections sous-cutanées	Emla® systématique si injections répétées Emla® à la demande si injections occasionnelles	
☐ Intradermoréaction (IDR)	Emla®	
☐ Sutures	MEOPA et anesthésie locale avec lidocaïne tamponnée (9 ml de lidocaïne + 1 ml de bicarbonate 88 ‰)	Sédation voire anesthésie générale
☐ Paracentèse	MEOPA pour les enfants âgés de plus de 6 mois	Anesthésie générale
☐ Réduction de paraphimosis	Gel de lidocaïne et MEOPA	Sédation voire anesthésie générale
☐ Ablation de verrues	MEOPA et lidocaïne injectable	Sédation voire anesthésie générale

ne (débuter le traitement à 0,5 mg/kg par dose pour tester la tolérance) ;
☐ la commercialisation du tramadol en gouttes buvables, autorisé pour l'enfant de plus de trois ans.
Huit ans plus tard, même si les connaissances ont progressé, on s'aperçoit que ces recommandations sont bien loin d'être suivies et méritent toute l'attention des médecins. ☐

(1) L'échec est objectivé par l'absence de retour à une EVA au-dessous de 3/10 et/ou l'absence de retour aux « activités de base » : bouger, jouer, dormir, parler, manger.
(2) MEOPA : mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, disponible en milieu hospitalier.

Fièvre : prise en charge

F. Corrard, Combs-la-Ville

« Mise au point sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant », AFSSAPS, 2005
http:/agmed.sante.gouv.fr/htm/10/fievre/mapfiev.pdf

Cette mise au point est une véritable volte-face de notre façon de considérer la fièvre, jusque-là sujet de peur, voire de phobie pour les parents : **« La fièvre est sans gravité par elle-même. Il n'y a pas lieu de la craindre spécifiquement ».**

Pourquoi ce nouvel adage, pourquoi un tel revirement ? La responsabilité de la fièvre dans la survenue de deux événements survenant en période fébrile est remise en cause :

☐ les convulsions avec fièvre, qui sont, dans l'immense majorité des cas, un incident sans conséquence pour l'enfant, ne sont pas prévenues par l'administration systématique de médicaments antipyrétiques ;

☐ le syndrome fièvre hyperthermique, exceptionnel, souvent d'évolution dramatique, semble être la conjonction d'une fièvre banale et de conditions hyperthermiques dues à un surhabillage de l'enfant ou à des conditions de surchauffe de l'environnement.

Cette nouvelle considération a sept conséquences :

1. fin de la recherche de l'apyrexie. Ce n'est plus l'objectif ;
2. fin des traitements antipyrétiques systématiques : « La recherche de l'apyrexie ne doit pas conduire à des traitements systématiques » ;
3. fin des traitements physiques de refroidissement. Bains frais avec une température de l'eau de 2 °C en dessous de la température rectale, vessie de glace, déshabillage, réfrigération des boissons… ont une efficacité très modeste, qui cesse dès l'arrêt de leur mise en œuvre, et peuvent être particulièrement inconfortables ;
4. fin de l'utilisation systématique de deux antipyrétiques, en alternance en particulier.

Cette conception signe l'arrêt du traitement du thermomètre. Place à l'enfant !

5. l'objectif au cours d'une maladie fébrile devient le soulagement de l'inconfort, lequel se traduit par une diminution de l'activité, de la vigilance, de l'appétit, des rapports sociaux, un changement de l'humeur, la présence de céphalées ou d'autres douleurs. Les médicaments sont désormais utilisés en fonction de leurs vertus antalgiques et non antipyrétiques ;
6. la présence de cet inconfort étant variable au cours d'une maladie, l'indication du traitement antalgique relève du sur mesure. Ce « prêt à donner » du médicament dépend de l'appréciation des parents, de l'enfant lui-même et non plus du systématique ;
7. l'image de la fièvre redevient positive. Elle est un facteur de survie dans les pathologies très sévères (sepsis, méningites). La fièvre n'est plus l'ennemie des parents, c'est l'alliée de l'enfant. Lorsque la fièvre est découverte chez un enfant,

elle témoigne de l'engagement autonome immunitaire de l'enfant dans sa propre défense.
Rappelons l'essentiel : la fièvre n'est pas la maladie. Elle nécessite la recherche de sa cause et la recherche des contre-indications à tel ou tel médicament antalgique.
En pratique, trois mesures simples d'accompagnement : proposer à boire, ne pas surcouvrir l'enfant, ne pas surchauffer la pièce.

LES MÉDICAMENTS

Les propriétés des différents médicaments antipyrétiques et antalgiques sont considérées comme équivalentes en ce qui concerne la fièvre et la douleur. Il n'en va pas de même de leurs actions contre l'inconfort, qui sont encore mal évaluées. Le paracétamol, dans une étude versus placebo pour des fièvres modérées, a montré un intérêt pour augmenter l'activité et la vigilance.
Les médicaments ont des effets indésirables différents, avec un éventail plus important pour les AINS :
☐ paracétamol : toxicité hépatique par surdosage occasionnel ou surtout insidieux par polymédication d'associations de paracétamol ;
☐ AINS (ibuprofène, kétoprofène, aspirine) : à éviter en cas de varicelle. Ils peuvent être associés de façon exceptionnelle à des lésions de l'œsophage et de l'estomac, à des insuffisances rénales aiguës favorisées par la déshydratation et certaines circonstances (insuffisance rénale débutante, rein unique), à un allongement du temps de saignement, à des réaction cutanées sévères ;
☐ l'aspirine, en plus de ces effets indésirables, comporte deux risques supplémentaires : le syndrome de Reye, souvent mortel, dans un contexte d'infection

virale et une toxicité à partir d'une dose unitaire de 120 mg/kg.

Commentaires de la rédaction

L'augmentation de la température n'est pas la cause de l'inconfort. Au cours de compétitions intensives, l'élévation importante de la température n'altère pas l'effort et l'envie de triompher.

La fièvre est sous la dépendance des cytokines libérées au cours de la réaction immunitaire. Ce sont ces médiateurs qui commandent les réactions du corps à l'agression infectieuse (fièvre, inconfort, convulsion avec fièvre). Cela explique la présence dissociée de la fièvre et de l'inconfort au cours de la maladie.

Cette nouvelle conception de la fièvre impose un changement radical de nos expressions habituelles, qui véhiculent des contresens :

☐ « la fièvre est mal tolérée » : ce n'est pas la fièvre qui peut être plus ou moins bien tolérée, mais la maladie fébrile. On devrait dire : « la maladie est mal tolérée » ;

☐ « traitement de la fièvre » suggère qu'elle est la maladie ;

☐ « traitement, médicament antipyrétique » ne semble plus être une expression appropriée. Il serait logique de qualifier ces médicaments par leur fonction utile, c'est-à-dire l'antalgie, un terme qui est plus proche de ce qu'on cherche à obtenir, la lutte contre l'inconfort. On devrait dire : « si votre enfant n'est pas bien, donnez-lui un médicament antalgique ». ☐

Infections respiratoires basses

R. Cohen, CHI, Créteil

« Antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours des infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant : infections respiratoires basses de l'enfant sans facteur de risque », AFSSAPS, octobre 2005
http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/irb_reco.pdf

1. Les infections respiratoires basses représentent l'ensemble des infections siégeant au-dessous des cordes vocales.

2. Trois situations cliniques sont fréquentes (les deux premières représentant 90 % des cas) :

☐ bronchites ou trachéobronchites ;

☐ bronchiolites aiguës du nourrisson (moins de deux ans) ;

☐ pneumonies dues à une atteinte du parenchyme pulmonaire faisant suspecter une infection bactérienne. Deux tableaux cliniques sont possibles :

– fièvre d'apparition brutale, douleur thoracique ou abdominale, altération de l'état général faisant suspecter une infection pneumococcique,

– toux persistante, état général conservé, douleurs musculaires, éruptions cutanées, les signes cliniques apparaissant progressivement. Ce tableau fait suspecter une pneumonie atypique (surtout à Mycoplasma pneumoniae), observée à partir de l'âge de trois ans et surtout après cinq ans.

3. Les indications de la radiographie du thorax sont au nombre de cinq :

☐ enfant fébrile présentant des râles crépitants, sous-crépitants et une tachypnée ;

☐ nourrisson présentant une fièvre inexpliquée, prolongée ou mal tolérée ;

☐ enfant présentant une toux fébrile qui dure ou est associée à une tachypnée ;

☐ nourrisson ou enfant ayant des pneumonies récidivantes ou chez lequel un corps étranger bronchique est soupçonné ;

☐ doute entre bronchite et pneumonie.

La radiographie thoracique de face, en inspiration, en position debout, est le seul cliché recommandé. Si l'on soupçonne un corps étranger bronchique, il faut impérativement réaliser un cliché de face, en inspiration et en expiration.

4. Les examens biologiques (NFS, CRP, hémocultures), inutiles devant une bronchiolite ou une bronchite, ne sont généralement pas à effectuer en pédiatrie ambulatoire.

L'examen cytobactériologique de l'expectoration n'a pas d'intérêt.

L'origine pneumococcique d'une pneumonie est évoquée en cas d'hyperleucocytose supérieure à 10 000/mm^3 et de CRP au-dessus de 60 mg/l.

5. Le choix de l'antibiothérapie, par voie orale, dépend de chaque situation : bronchiolite, bronchite, pneumonie.

Au cours des bronchiolites, l'antibiothérapie, inutile à la phase de début, n'est justifiée que dans trois cas : fièvre supérieure ou égale à 38,5 °C persistant depuis plus de trois jours ; otite moyenne aiguë purulente associée ; pneumonie et/ou atélectasie confirmées par la radiographie du thorax.

Au cours d'une bronchite aiguë non compli-

quée chez un enfant sans facteur de risque, l'antibiothérapie n'est pas indiquée. Une fièvre supérieure ou égale à 38,5 °C persistant plus de trois jours fait rechercher une complication ou une autre cause.

Au cours des pneumonies aiguës communautaires, l'indication de l'antibiothérapie, probabiliste, dépend de l'âge (avant trois ans et à partir de trois ans) :

☐ avant trois ans, l'origine pneumococcique étant la plus fréquente, l'amoxicilline (80 à 100 mg/kg/j) en 3 prises par jour est prescrite en première intention, pendant une durée de 10 jours (sauf en cas de contre-indication et d'allergie) ;

☐ à partir de trois ans, les germes les plus probables étant le pneumocoque et les bactéries atypiques, le choix de l'antibiotique est dicté par la nature du tableau clinique :

– suspicion d'infection pneumococcique : amoxicilline per os (80 à 100 mg/kg/j) jusqu'à l'âge de dix ans sans dépasser 3 g/j, et ce pendant 10 jours,

– suspicion de bactérie atypique : macrolide ayant l'AMM pendant 14 jours.

6. L'efficacité de l'antibiothérapie est jugée sur l'apyrexie, qui apparaît généralement en moins de vingt-quatre heures (pneumonie à pneumocoques) ou en deux à quatre jours (pneumonie atypique).

7. L'évaluation clinique et éventuellement radiologique a lieu systématiquement au bout de deux à trois jours, plus tôt en cas d'aggravation :

☐ l'absence d'amélioration sous amoxicilline doit faire penser soit à une atteinte pleurale (ne pas hésiter à prescrire une nouvelle radiographie du thorax), soit, beaucoup plus fréquente, à une pneumonie atypique, et conduit à remplacer l'amoxicilline par un macrolide ;

☐ en l'absence d'amélioration nette sous macrolide, il faut se donner un temps d'observation supplémentaire de deux jours, l'hospitalisation étant décidée au cinquième jour en l'absence d'amélioration ou s'il y a aggravation ;

☐ l'hospitalisation est nécessaire en cas d'aggravation, de suspicion de corps étranger, d'épanchement pleural ;

☐ si l'évolution clinique est satisfaisante, un contrôle radiologique à distance (un mois) est inutile.

8. Il ne faut tenir compte que des cas documentés d'allergie à la pénicilline et aux céphalosporines pour envisager une autre alternative antibiotique. En effet, le diagnostic d'allergie à ces antibiotiques étant largement surestimé, il faut se fonder sur l'interrogatoire, les résultats des tests cutanés et le test de provocation effectué en milieu hospitalier. ☐

Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives

R. Cohen, CHI, Créteil

« Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives », 16e Conférence de consensus en pathologie infectieuse, 13 décembre 2006
www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/2006-lyme-long.pdf

La borréliose de Lyme est une zoonose transmise par la piqûre d'une tique. Elle peut survenir à tout âge, mais c'est chez l'enfant âgé de cinq à dix ans que son incidence est la plus élevée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de borréliose de Lyme est évoqué sur l'association d'une exposition possible aux piqûres tiques et de manifestations cliniques :

☐ stade primaire : érythème migrant centrifuge, qui correspond à l'infection cutanée locale ;

☐ stade secondaire (en l'absence de diagnostic et de traitement du stade primaire) : symptômes neurologiques (méningoradiculites), articulaires (monoarthrite ou oligoarthrite, le plus souvent du genou), cutanés (lymphocytome borrélien), cardiaques (myocardites) ou oculaires ;

☐ stade tertiaire : manifestations neurologiques tardives (encéphalomyélites chroniques…) avec diverses lésions inflammatoires, neurologiques, cutanées ou articulaires.

Le diagnostic repose uniquement sur la clinique en cas d'érythème migrant, sur les signes cliniques et la sérologie dans les autres formes cliniques de la maladie.

Le diagnostic sérologique comporte la détection des anticorps dirigés contre les antigènes borréliens dans le sang ou le LCR, avec, comme première étape, un test Elisa. Si le test Elisa est douteux ou positif, il faut le confirmer par immunoempreinte (Western blot) ; s'il est négatif, il n'y a pas lieu de le refaire.

Traitement antibiotique

Stade primaire (érythème migrant)
– amoxicilline : 50 mg/kg/j en 3 prises pendant 14 à 21 jours
– doxycycline (chez l'enfant de plus de 8 ans) : 4 mg/kg/j en 2 prises pendant 14 à 21 jours
– céfuroxime : 30 mg/kg/j en 2 prises pendant 14 à 21 jours
– azithromycine : 20 mg/kg/j pendant 10 jours

Stade secondaire
☐ Paralysie faciale isolée :
– amoxicilline : 50 mg/kg/j en 3 prises pendant 14 à 21 jours
– doxycycline (chez l'enfant de plus de 8 ans) : 4 mg/kg/j en 2 prises pendant 14 à 21 jours
– ceftriaxone IV : 50 mg/kg/j pendant 14 à 21 jours
☐ Autres symptômes neurologiques :
– ceftriaxone IV : 50 mg/kg/j pendant 21 à 28 jours
– doxycycline (chez l'enfant de plus de 8 ans) : 4 mg/kg/j en 2 prises pendant 21 à 28 jours
– pénicilline G IV : 18 à 24 mUI pendant 21 à 28 jours
☐ Symptômes rhumatologiques :
– amoxicilline : 50 mg/kg/j en 3 prises pendant 21 à 28 jours
☐ Formes cutanées (lymphocytome borrélien) : idem érythème migrant
☐ Formes cardiaques (myocardite) :
– amoxicilline : 50 mg/kg/j en 3 prises pendant 14 à 21 jours
– doxycycline (chez l'enfant de plus de 8 ans) : 4 mg/kg/j en 2 prises pendant 14 à 21 jours
– ceftriaxone IV : 50 mg/kg/j pendant 14 à 21 jours
☐ Formes oculaires :
– ceftriaxone IV : 50 mg/kg/j pendant 21 à 28 jours

Stade tertiaire
☐ Formes neurologiques :
– ceftriaxone IV : 50 mg/kg/j pendant 21 à 28 jours
– doxycycline (chez l'enfant de plus de 8 ans) : 4 mg/kg/j en 2 prises pendant 21 à 28 jours
– pénicilline G IV : 18 à 24 mUI pendant 21 à 28 jours
☐ Formes rhumatologiques :
– ceftriaxone IV : 50 mg/kg/j pendant 21 à 28 jours
– doxycycline (chez l'enfant de plus de 8 ans) : 4 mg/kg/j en 2 prises pendant plus de 30 jours
☐ Formes cutanées :
– doxycycline (chez l'enfant de plus de 8 ans) : 4 mg/kg/j en 2 prises pendant plus de 30 jours
– ceftriaxone IV : 50 mg/kg/j pendant 21 à 28 jours

La sérologie Elisa est inutile pour le dépistage systématique après une piqûre de tique sans manifestation clinique, en cas d'érythème migrant typique ou pendant la surveillance du traitement.

TRAITEMENT

Antibiothérapie

Voir page suivante le tableau des traitements antibiotiques.

Suivi

☐ Le suivi thérapeutique du stade primaire est uniquement clinique : la disparition des signes cutanés peut demander plus d'un mois sans que cela soit péjoratif.

☐ Le suivi clinique du traitement de la phase secondaire doit être suffisamment long : plusieurs semaines. Certaines formes neurologiques ou articulaires tardives peuvent nécessiter une prolongation ou une reprise de l'antibiothérapie.

PRÉVENTION

Une piqûre de tique expose à la transmission d'agents pathogènes bactériens, viraux et parasitaires qui peuvent justifier des mesures préventives spécifiques.

Le contrôle de la vaccination antitétanique est systématique.

Prévention primaire

☐ Eviter le contact avec les tiques (en zone d'endémie, vêtements longs et fermés, répulsifs…).

☐ Connaître les symptômes de la maladie à ses trois stades (information du grand public, des personnes exposées et du personnel de santé).

Prévention secondaire

☐ Détection et retrait rapide de la tique après sa fixation, car le risque d'infection existe dès les premières heures.

☐ Utilisation d'un moyen mécanique : pince, tire-tique.

☐ Pas d'application de substances chimiques (par exemple alcool ou éther), car cela facilite la régurgitation de la tique et la transmission de l'agent infectieux.

☐ Désinfection de la peau au niveau de la zone de fixation de la tique après son retrait, puis surveillance de l'apparition d'un érythème migrant.

☐ L'antibioprophylaxie systématique après une piqûre de tique n'est pas recommandée. ☐

Obésité : prise en charge

O. Mouterde, département de pédiatrie, CHU, Rouen
et Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Canada
« Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent », ANAES, septembre 2003
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272302

1. Le nombre d'enfants ayant un excès de poids a progressé rapidement, atteignant 16 % en 2000. Les recommandations se limitent à la prise en charge de l'obésité commune, du nourrisson à l'adolescent, sans aborder la prévention, les complications, les obésités syndromiques ou secondaires.

2. Le retentissement à court terme de l'obésité peut être psychosocial, cardiovasculaire et métabolique, respiratoire, ostéoarticulaire, morphologique. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte est de 20 à 70 % selon l'âge (plus élevée après la puberté), prédisposant dans ce cas aux complications de l'obésité de l'adulte, dont un risque accru de décès.

3. Deux facteurs sont constamment associés à l'obésité de l'enfant et sont des signes d'alerte : la précocité du rebond d'adiposité (avant cinq ans) et l'obésité chez l'un ou les deux parents. D'autres facteurs peuvent la favoriser : la sédentarité, un niveau socio-économique bas, des problèmes éducatifs ou affectifs, un surpoids à la naissance.

4. Le diagnostic de l'obésité en pratique clinique courante repose sur la mesure régulière et répétée du poids et de la taille, avec calcul de l'indice de masse corporelle (P/T^2) et le report de celui-ci

sur les courbes françaises de corpulence. Ces courbes indiquent le degré d'obésité (1 ou 2).

5. Les objectifs de la prise en charge sont de stabiliser l'IMC dans l'obésité de degré 1 ou de le diminuer dans l'obésité de degré 2, de modifier durablement les comportements de l'enfant et de sa famille vis-à-vis de l'alimentation et de l'activité physique en respectant l'équilibre psychologique. Les traitements médicamenteux et la chirurgie ne sont pas actuellement recommandés dans la prise en charge de l'obésité commune de l'enfant et de l'adolescent.

6. L'évaluation initiale comporte plusieurs points :

☐ un entretien, qui porte sur l'environnement familial et scolaire, les antécédents familiaux et personnels, l'historique de l'obésité, l'existence de signes de co-morbidités ou de complications, les habitudes alimentaires au sens large (qualitatives, quantitatives, structure d'une journée, mode social des prises alimentaires, troubles du comportement alimentaire), l'activité physique et les heures sédentaires (écrans…), le profil psychologique de l'enfant (maturité, tolérance à la frustration, anxiété, autonomie), les motivations réelles de l'enfant et de sa famille, l'image du surpoids pour l'enfant et sa famille ;

☐ une évaluation clinique, qui apprécie l'anthropométrie (poids, taille, IMC) et son historique, le stade pubertaire, et cherche s'il existe des complications cardiovasculaires ou ostéoarticulaires (pression artérielle, genu valgum, rachis), des signes de pathologie endocrinienne (Cushing, hypothyroïdie, acanthosis nigricans), des anomalies morphologiques (vergetures, dysmorphie).

Cette évaluation initiale recherche en particulier une obésité syndromique ou de cause endocrinienne, qui justifierait des bilans ou des avis complémentaires, et permet d'infirmer ou de confirmer le diagnostic d'obésité commune, dans laquelle les examens complémentaires ne sont pas indiqués.

7. La prise en charge ne s'entend que sur le long terme et avec la collaboration des parents et de l'enfant, éduqués au fil de consultations régulières aux enjeux et aux moyens. Elle comporte plusieurs axes, adaptés à l'âge et au degré d'obésité :

☐ conseils diététiques, qui sont à distinguer d'un « régime » restrictif : trois repas réguliers et une seule collation l'après-midi, suppression du domicile des produits de grignotage et des boissons sucrées, diminution de la teneur en graisse de l'alimentation, diversification vers les fruits et les légumes ;

☐ lutte contre la sédentarité : activité physique structurée choisie par l'enfant et pratiquée deux fois par semaine, ré-

duction des périodes d'inactivité, mise à profit de toutes les occasions d'accroître les dépenses physiques (éviter les ascenseurs, les conduites en voiture…) ;
☐ modification des comportements induisant la sédentarité et des prises alimentaires interprandiales : associer la famille et encourager une attitude éducative (éviter l'alimentation-récompense, encourager les progrès…). Une prise en charge psychologique est utile dans certains cas.

8. Le suivi est initialement rapproché (tous les mois) et prolongé (deux ans au moins). Il est assuré par le médecin traitant, aidé le cas échéant par d'autres intervenants médicaux, paramédicaux, scolaires, sociaux. Un avis spécialisé est recommandé en cas d'échec après six mois, d'obésité de degré 2 ou de complication (1). ☐

* En particulier, les Réseaux pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie (REPOP) peuvent aider les professionnels et les familles *(www.repop.fr)*.

Déformations congénitales isolées du pied

J. Lechevallier, S. Abuamara, clinique chirurgicale infantile, CHU, Rouen
« Masso-kinésithérapie et traitement orthopédique des déformations congénitales isolées du pied au cours des six premiers mois de la vie », ANAES, janvier 2004
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272303

Les déformations congénitales du pied observées à la naissance sont nombreuses et de gravité très variable. Leur prise en charge va de l'abstention thérapeutique au traitement chirurgical, en passant par la rééducation, les postures et les contentions plâtrées. La place de la masso-kinésithérapie a été cadrée par le groupe de travail (ANAES) présidé par J.P. Cahuzac en 2004. Les recommandations portent sur la place de la rééducation dans les déformations congénitales isolées du pied au cours des six premiers mois de la vie. Ont donc été exclues les déformations du pied s'inscrivant dans une pathologie générale, les malpositions isolées des orteils et le pied creux congénital isolé.

DIAGNOSTIC

Diagnostic anténatal

L'échographie prénatale est maintenant en mesure de mettre en évidence la plupart des déformations congénitales du pied (en particulier le pied bot varus équin). Quand une anomalie est découverte, les parents doivent être adressés à un chirurgien orthopédiste pédiatre ou à un médecin de médecine physique et de réadaptation.
Cette consultation spécialisée a pour but d'informer et, si possible, de rassurer les parents sur la pathologie de l'enfant à naître, d'expliquer son pronostic et de préparer la prise en charge postnatale.

Diagnostic à la naissance

La déformation du pied du nouveau-né est habituellement évidente et identifiée dès la salle de travail. Elle est due le plus souvent à la posture fœtale dans les semaines qui ont précédé la naissance (figure 1). Toute déformation du pied impose un examen général de l'enfant afin de vérifier le caractère isolé de la pathologie, recherchant en particulier d'autres anomalies orthopédiques ou neurologiques.
L'examen médical, assuré par le pédiatre ou le médecin de la maternité, confirme l'existence d'une pathologie du pied : normalement, le pied du nouveau-né présente une flexion dorsale de plus de 50°, une amplitude articulaire de la cheville en flexion extension supérieure à 70°, un bord latéral (externe) du pied rectiligne et une absence de sillon cutané.

Définitions

En cas de déformation avérée, un examen spécialisé est réalisé, idéalement par le pédiatre, le masseur-kinésithérapeute et le médecin de rééducation ou le chirurgien orthopédiste pédiatre ; cet

Figure 1
Déformation du pied et posture fœtale
A la naissance, l'enfant reprend spontanément la posture qui était la sienne in utero. Cette posture explique souvent la déformation du pied.

Figure 2
Pied calcanéus
Dans cette forme, le pied est «direct», plaqué à la face antérieure de la jambe. Cette déformation est facilement réductible et ne nécessite aucun traitement.

Figure 3
Pied métatarsus varus
Forme dite sévère : la bissectrice au niveau du talon croise le cinquième orteil.

Figure 4
Pied bot varus équin
A gauche : quand la jambe est placée de face, le pied est vu par sa face supérieure et la face inférieure regarde en arrière.
A droite : quand la jambe est placée de profil, le pied est vu par son extrémité antérieure.

Figure 5
Pied convexe
Déformation raide et irréductible associant un équin calcanéen et une flexion dorsale de l'avant-pied.

examen apprécie en particulier la réductibilité (souplesse) des déformations, critère essentiel de pronostic. Les déformations observées sont les suivantes :

☐ pied calcanéus (ou pied talus) (figure 2) : le pied est en flexion dorsale, plaqué à la face antérieure ou latérale de la jambe (pied calcanéo-valgus). La flexion plantaire est réduite ;

☐ pied supinatus (ou pied varus) : la plante du pied regarde vers l'intérieur et donne au pied un aspect facilement pris pour un pied bot varus équin. La souplesse et la réductibilité de la déformation sont un critère formel de diagnostic ;

☐ pied métatarsus varus (ou métatarsus adductus) (figure 3) : le pied présente un pli vertical dans son tiers moyen et interne avec une adduction de la partie antérieure du pied. La classification de Bleck [1] est basée sur l'axe du talon (la bissectrice), qui doit, sur un pied normal en attitude spontanée, se prolonger entre le deuxième et le troisième orteil. Il y a métatarsus adductus quand cette bissectrice croise le troisième, le quatrième ou le cinquième orteil. La forme est donnée pour légère si elle croise le troisième orteil, et pour modérée ou sévère si elle passe entre le troisième et le quatrième ou au-delà du quatrième orteil ;

☐ pied bot varus équin (PBVE). Il s'agit d'une déformation dans les trois plans de l'espace, la plante du pied regardant en arrière avec une adduction de l'avant-pied (figure 4). La classification la plus utilisée maintenant est celle de Diméglio [2], qui est basée sur la réductibilité passive de la déformation (16 points), la morphologie du pied (3 points) et la qualité des muscles (1 point). En dessous de 5 points, il s'agit d'un PBVE bénin (totalement réductible) ; de 5 à 10, on parle de PBVE modéré ; de 10 à 15, de PBVE sévère (déformation incomplètement réductible) ; au-dessus de 15, il s'agit d'un PBVE très sévère (déformation irréductible).

☐ pied convexe. Il s'agit d'une déformation très particulière et rare, avec équin de l'arrière-pied et flexion dorsale de l'avant-pied (figure 5), correspondant à une luxation de l'articulation talo-naviculaire (astragalo-scaphoïdienne).

QUELLE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE ?

Le recours chirurgical n'est jamais nécessaire pour le pied calcanéus et le pied supinatus (il faut ici souligner que l'histoire naturelle de ces déformations ne laisse pas de pathologie connue à l'âge adulte) ; il est rare (inférieur à 5 %) pour le métatarsus varus et plus fréquent (supérieur à 5 %) en cas de pied bot varus équin ou de pied convexe.

Surveillance simple par le médecin traitant

Aucun traitement n'est justifié dans les trois conditions suivantes :

☐ pied calcanéus direct ou valgus, quand la déformation est réductible, le pied acceptant d'être placé à angle droit par rapport à la jambe ;

☐ pied supinatus ;

☐ métatarsus varus léger et souple (la bissectrice du talon passe par le troisième orteil). Si l'évolution spontanée au bout de deux mois n'a pas abouti à la récupération complète de l'amplitude articulaire de la cheville, l'orientation vers un spécialiste d'orthopédie pédiatrique est recommandée.

Traitement actif

En revanche, un traitement plus actif sera utile, voire requis, dans les autres situations : pied calcanéus que l'on ne parvient pas à positionner à angle droit ; métatarsus varus modéré ou sévère (la bissectrice du talon passe au-delà du troisième orteil) ; pied bot varus équin ; pied convexe.

Pied calcanéus et pied métatarsus varus modéré ou sévère. Dans les rares situations où ces déformations ne sont pas souples ou réductibles, le traitement de choix est la méthode fonctionnelle, qui associe des séances de rééducation avec mobilisation passive et active et une contention mise en place à l'issue de chaque séance de rééducation. Une évaluation spécialisée par un orthopédiste pédiatre est recommandée en cas d'insuffisance de correction au-delà de deux mois de traitement par le médecin traitant ou le kinésithérapeute.

Pied bot varus équin. Le traitement du pied bot varus équin est assuré par le masseur-kinésithérapeute, sous le contrôle de l'orthopédiste pédiatre et du médecin de rééducation rompu à ce type de pathologie. Trois méthodes peuvent être utilisées :

☐ la méthode fonctionnelle, à raison d'une séance quotidienne au cabinet du kinésithérapeute, qui doit être bien rompu à cette méthode ;

☐ la méthode par postures plâtrées successives (méthode de Ponseti) : un allongement percutané du tendon d'Achille est habituellement nécessaire dans cette procédure ;

☐ le traitement mixte, qui panache l'usage de contentions plâtrées et des mobilisations avec contentions amovibles.

Commentaires de la rédaction. Il n'y a pas actuellement d'étude prospective comparant ces méthodes. Toutefois, lors du dernier congrès de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique, un débat contradictoire a eu lieu à ce sujet, et, si la différence quant à la qualité des résultats est incertaine, il apparaît tout de même clairement que

les astreintes du traitement par plâtres successifs sont infiniment moindres et que le risque de recours chirurgical secondaire est aussi sensiblement inférieur.

Dans les rares situations où le traitement chirurgical complémentaire est requis, il est le plus souvent réalisé peu avant l'âge de la marche.

Pied convexe. Avant l'âge de six mois, les démarches thérapeutiques fonctionnelles et le panachage associant contention plâtrée et mobilisations sont tous deux décrits. Il n'y a pas d'étude comparant statistiquement les deux démarches. Le recours à la chirurgie est très fréquent peu avant l'âge de la marche.

PROCÉDURES DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

Mobilisations passives

Les mobilisations passives consistent à étirer les structures hypo-extensibles afin de réduire les déformations. Il s'agit d'une rééducation pratiquée en traction ; elle ne se fait jamais en forçant sur une articulation et encore moins en générant des phénomènes douloureux.

Mobilisations actives

Si une insuffisance musculaire est mise en évidence, on stimule l'activité des muscles déficients par une irritation manuelle cutanée (ou à l'aide d'une brosse à dents par exemple).

Contentions amovibles et plâtres

Les contentions permettent de maintenir le pied dans la meilleure position obtenue à l'issue d'une séance de rééducation. Les contentions doivent être parfaitement moulées et coupées à la dimension du pied ; tout en étant très intimement liées au pied, elles ne doivent jamais être douloureuses ni contraindre les articulations adjacentes.

Les critères de surveillance cutanée, vasculaire et de positionnement du pied doivent être soigneusement rappelés à la famille. □

[1] BLECK E. : « Metatarsus adductus : classification and relationship to outcomes of treatment », *J. Ped. Orthop.*, 1983 ; *3* : 2-9.
[2] DIMÉGLIO A., BONNET F. : « Rééducation du pied bot varus équin », *EMC*, 1997 ; 26-428-B-10 : 1-12.

Purpura thrombopénique immunologique ou idiopathique aigu

C. Normand, unité d'hémato-oncologie pédiatrique, hôpital Charles-Nicolle, Rouen

Recommandations de la Société d'hématologie et d'immunologie pédiatrique, 2007 (Recommandations de prise en charge d'un PTI aigu de l'enfant ; PTI aigu de l'enfant : quel bilan initial effectuer ? PTI de l'enfant : mesures d'accompagnement ; Lettre d'information pour les parents concernant le PTI)
http://www.sfpediatrie.com/fr/groupes-de-specialites/ship/recommandations-de-la-ship.html

Le purpura thrombopénique immunologique ou idiopathique aigu (PTIA) est la cause la plus fréquente de thrombopénie aiguë chez l'enfant. Il est évoqué devant un tableau clinique et biologique concordant, après exclusion des autres causes. Le pic d'âge de survenue se situe entre deux et cinq ans.

Le PTIA est une pathologie bénigne dans la grande majorité des cas. L'incidence de survenue d'une hémorragie intracrânienne est rare, estimée à 0,1 à 0,5 %. L'indication de traitement tient compte de l'état clinique, de l'environnement sociofamilial et des possibilités géographiques de recours aux soins, plus que du nombre de plaquettes.

Le cas de l'enfant âgé de moins de six mois n'est pas abordé ici.

Tout enfant suspect de PTIA doit être orienté vers un pédiatre spécialisé dans un centre hospitalier.

DIAGNOSTIC

Anamnèse

Le diagnostic de PTIA repose tout d'abord sur une anamnèse personnelle et familiale complète. Il faut :

☐ éliminer les antécédents évocateurs de thrombopénie constitutionnelle, les signes évoquant une hémopathie maligne (douleurs osseuses et fièvre) ;

☐ déterminer le facteur déclenchant : infection virale ou vaccination dans les six semaines précédentes, prise récente de médicaments ou de toxiques ;

☐ s'informer sur les antécédents familiaux d'auto-immunité ;

☐ demander aux parents de décrire les

Score de Buchanan (d'après [1])

Grade	Sévérité du saignement	Description
0	Aucun	Aucun signe
1	Mineur	Peau : ≤ 100 pétéchies ou ≤ 5 ecchymoses (≤ 3 cm de diamètre) Muqueuses normales
2	Moyen/peu sévère	Peau : ≥ 100 pétéchies ou > 5 ecchymoses (> 3 cm de diamètre) Muqueuses normales
3	Modéré	Muqueuses : saignement des muqueuses (épistaxis, bulles intrabuccales, saignement intestin, hématuries, métrorragies…)
4	Sévère	Saignement des muqueuses nécessitant un geste ou suspicion d'hémorragie interne
5	Mettant en jeu le pronostic vital	Hémorragie intracrânienne ou hémorragie interne mettant en jeu le pronostic vital

circonstances de survenue du syndrome hémorragique, typiquement d'apparition rapide en vingt-quatre à quarante-huit heures.

Examen clinique

Il doit être complet. Il permet d'affirmer l'absence d'anomalies évocatrices de thrombopénie constitutionnelle, de syndrome tumoral évocateur d'hémopathie ou d'hypertension artérielle évocatrice d'un syndrome hémolytique ou urémique. L'examen clinique permet également d'apprécier la gravité du syndrome : saignement cutané ou cutanéo-muqueux, épistaxis, pétéchies ou bulles hémorragiques intrabuccales, hématurie, rectorragie, etc., et de rechercher des hémorragies viscérales (céphalée, anomalie de l'examen neurologique, douleur abdominale…). Le score hémorragique de Buchanan peut alors être établi (voir tableau).

Bilan paraclinique

Il comporte une NFS avec un frottis sanguin recherchant des schizocytes et des cellules anormales et, selon le contexte clinique :

☐ un groupe sanguin ;

☐ une imagerie cérébrale en urgence ;
☐ une échographie abdominale ;
☐ un myélogramme (avant traitement par corticoïdes) ;
☐ une numération des réticulocytes ;
☐ une coagulation (TP, TCA, fibrinogène) ;
☐ une bandelette urinaire (recherche d'une protéinurie et d'une hématurie) ;
☐ une créatinine sanguine ;
☐ une sérothèque ;
☐ une recherche de facteurs antinucléaires (FAN) après huit ans ;
☐ une sérologie HIV (les autres sérologies sont inutiles) ;
☐ un fond d'œil.

TRAITEMENT

Les indications de traitement reposent sur deux critères : le nombre de plaquettes et la sévérité du syndrome hémorragique.

Une abstention thérapeutique est proposée si le score de Buchanan est inférieur ou égal à 2 et les plaquettes supérieures à 10000/mm^3, la décision d'hospitaliser dépendant des conditions sociofamiliales et géographiques.

Un traitement est proposé si le score de Buchanan est égal ou supérieur 3 et/ou les plaquettes inférieures à 10000/mm^3, ou en cas d'intervention chirurgicale ou de geste invasif.

☐ En l'absence d'hémorragie sévère et/ou prolongée, le traitement proposé peut être de deux types : une perfusion intraveineuse d'immunoglobulines polyvalentes (Ig IV) ou une corticothérapie orale pendant 4 jours associée à un antisécrétoire gastrique.
☐ Le traitement des formes graves doit associer des Ig IV et une corticothérapie intraveineuse ou en bolus.
☐ Les seules indications d'une transfusion de plaquettes sont la survenue d'une hémorragie sévère menaçant le pronostic vital, la réalisation d'un geste invasif ou une intervention chirurgicale.
☐ Une transfusion de culot globulaire doit être effectuée en cas de signes de mauvaise tolérance de l'anémie et/ou de taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl.

SURVEILLANCE

Surveillance initiale

La surveillance initiale des patients comporte un contrôle du taux de plaquettes en cas de non régression clinique dans les quarante-huit heures suivant le diagnostic ou d'aggravation du score hémorragique. Ce contrôle est systématique au troisième jour après le début des Ig IV ou entre le troisième et le cinquième jour après le début des corticoïdes pour évaluer l'efficacité du traitement choisi. Il est refait entre le vingt-et-

unième et le vingt-huitième jour après le début du traitement, en même temps qu'une consultation pour s'assurer de l'absence de nouveaux symptômes, notamment de syndrome tumoral. Si le taux de plaquettes est normal, tout nouveau contrôle biologique est inutile en l'absence de nouveau signe hémorragique.

Surveillance à distance

Elle repose sur la clinique. Les parents, voire les enfants, doivent être formés à la recherche des signes hémorragiques. Une numération plaquettaire sera effectuée :

☐ s'il apparaît des signes hémorragiques (ou une aggravation des signes existants) ;

☐ pour évaluer un nouveau traitement ;

☐ en systématique tous les trois à six mois pour affirmer la guérison ;

☐ et avant toute situation où le risque est potentiellement augmenté.

La guérison est définie par un an de numérations plaquettaires normales. Le suivi peut être alors stoppé s'il s'agit d'un PTIA isolé.

Précautions au quotidien

☐ Le brossage des dents est autorisé avec une brosse très souple s'il n'existe pas de gingivorragies.

☐ Une scolarité normale doit être poursuivie ; un PAI est souhaitable.

☐ Les activités extrascolaires sont favorisées.

☐ En l'absence de syndrome hémorragique et si les plaquettes sont supérieures à 50 000/mm^3, l'accès à la cour de récréation est autorisé et la participation aux activités sportives (excepté rugby, boxe…) est encouragée. Dans le cas contraire, beaucoup d'activités sportives peuvent être poursuivies, mais parfois une contre-indication temporaire devra être respectée. Certaines activités sportives doivent être aménagées et seuls les sports les plus traumatiques sont déconseillés.

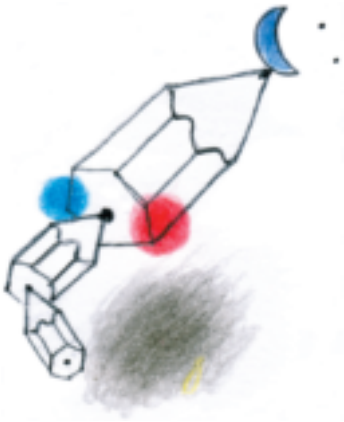
☐ Les vacances en France et dans tout pays ayant un système de santé comparable ne doivent pas être limitées. Seuls les séjours dans les pays à faible niveau sanitaire sont à déconseiller.

☐ L'aspirine, les AINS et les anti-agrégants sont contre-indiqués, de même que les injections intramusculaires et la prise de température rectale. Les vaccinations sont contre-indiquées jusqu'à un an après la guérison, mais l'indication de chaque vaccination devra être évaluée en fonction du rapport bénéfice/risque et de la durée d'évolution du PTIA. ☐

[1] BUCHANAN G.R., ADIX L. : « Grading of hemorrhage in children with idiopathic thrombocytopenic purpura », *J. Pediatr.*, 2002 ; *141* : 683-8.

Suspicion clinique de purpura fulminans

D'après l'avis du CSHP du 22 septembre 2006
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/cs231.htm



1. En dehors du milieu hospitalier, tout malade présentant des signes infectieux et, à l'examen clinique, un purpura extensif en taille et en nombre avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de 3 mm de diamètre ne s'effaçant pas à la vitropression, doit immédiatement recevoir une première dose parentérale d'antibiotique, si possible par voie intraveineuse, sinon par voie intramusculaire, quel que soit l'état hémodynamique du patient.

2. L'antibiotique à utiliser est :

☐ la ceftriaxone par voie intraveineuse (forme sans lidocaïne) ou intramusculaire à la dose de 50 à 100 mg/kg sans dépasser 1 g ;

☐ le céfotaxime (1) par voie intraveineuse (forme sans lidocaïne) ou intramusculaire à la dose de 50 mg/kg sans dépasser 1 g ;

☐ ou à défaut l'amoxicilline (1) par voie intraveineuse ou intramusculaire, respectivement à la dose de 25 ou 50 mg/kg sans dépasser 1 g, à répéter deux heures plus tard.

3. Le patient doit être transféré d'urgence dans un hôpital, en privilégiant un établissement doté d'un service de réanimation pédiatrique. Le transfert doit être médicalisé (SMUR) sous réserve que le délai d'intervention soit inférieur à vingt minutes. L'établissement hospitalier doit être averti de l'arrivée d'un cas suspect de purpura fulminans. ☐

(1) Utilisation hors AMM.

Urticaire chronique

G. Dutau, Toulouse

Conférence de consensus : Prise en charge de l'urticaire chronique, ANAES et Société française de dermatologie, janvier 2003
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272211/%20prise-en-charge-de-l-urticaire-chronique

1. L'urticaire chronique, beaucoup plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant, est définie par **des symptômes persistant plus de six semaines** de façon permanente ou récidivante.

2. Le diagnostic positif de l'urticaire chronique est basé sur l'examen clinique, qui permet de détecter **la forme superficielle** (papules érythémateuses, prurigineuses et de topographie labile) et **la forme profonde** (lésions nodulaires pâles ou angio-œdème), ces formes étant associées dans 50 % des cas.

3. Le diagnostic étiologique est basé sur **l'interrogatoire,** qui permet d'orienter la recherche étiologique, et **les tests cliniques :** dermographismes (contact de la peau avec une pointe mousse), effort et chaleur (exercice physique avec sudation provoquée), exposition au froid (test au glaçon ou immersion de l'avant-bras dans un bac d'eau froide), etc. Il est inutile de demander des explorations sanguines multiples, inutiles et très coûteuses.

4. Si l'étiologie est révélée, il est nécessaire d'effectuer des tests spécifiques afin de la confirmer. En l'absence d'orientation étiologique, **il est inutile de demander des examens complémentaires face à une urticaire chronique isolée,** mais il faut être certain que l'interrogatoire n'a négligé aucune piste !

5. Contrairement à une idée reçue, les infections focales ORL, dentaires ou intestinales (parasitoses, Candida albicans) n'ont aucun lien prouvé avec les urticaires chroniques de l'enfant. Il est inutile de les rechercher !

6. L'urticaire chronique de l'enfant relève rarement d'une allergie alimentaire, plus souvent d'une fausse allergie alimentaire par régime trop riche en histamine ou en aliments histamino-libérateurs.

7. Toutefois, un « bilan minimal » n'est pas inutile si l'urticaire chronique ne s'améliore pas après un à deux mois de traitement en première intention par les antihistaminiques H1 de seconde génération : NFS, VS, CRP, AC antithyroperoxydase. Dans ce cas, mieux vaut prendre l'avis d'un pédiatre allergologue pour ne pas risquer une inflation d'examens complémentaires.

8. S'il est vrai que l'urticaire chronique de l'enfant est rarement due à une allergie alimentaire IgE-dépendante, il n'est tout de même pas exclu qu'une exposition répétée à un allergène non détecté par l'interrogatoire soit responsable d'une urticaire chronique. Il faut reprendre l'interrogatoire pour s'assurer que rien n'a été oublié (problème des allergènes masqués).

9. *Commentaires de la rédaction.* Les dermatologues rappellent que, chez l'adulte, l'urticaire chronique dure en moyenne quatre à cinq ans, parfois plus (2 urticaires chroniques sur 10 persisteraient

après vingt ans d'évolution). Le médecin d'enfants ne peut se satisfaire de ces données épidémiologiques et la famille lui réclame une obligation de résultats diagnostiques et thérapeutiques dans un délai bien plus court !

10. Un anti-H1 de dernière génération suffit, à la posologie usuelle, et, en cas d'échec, il est possible qu'un autre anti-H1 soit efficace. En cas d'échec (retentissement sur la qualité de vie, prurit important, extension des lésions et poussées d'angio-œdème), un anti-H1 de première génération sera associé le soir pour son effet sédatif.

11. Une grande question : **l'urticaire chronique peut-elle être de nature psychologique ?** Chez l'adulte, l'intervention de facteurs psychologiques est largement admise, mais le stress est tout autant une réalité… qu'un terme à la mode. On manque de données chez l'enfant, mais on peut soulever la question de l'urticaire et des examens scolaires, en particulier chez l'adolescent. Il s'agit alors d'urticaires chroniques mal contrôlées par les anti-H1 de seconde génération, où l'adjonction d'un anti-H1 sédatif sera utile ainsi que la prise de l'avis d'un psychologue quand le soutien du médecin traitant se révèle inefficace.

Commentaires de la rédaction

Les examens complémentaires sont beaucoup trop prescrits au cours de l'urticaire chronique, en particulier des examens sanguins inutiles du type « bilan biologique général » et tests multi-allergéniques de dépistage en tous genres. □